

アメリカの認知症ケア動向Ⅲ

アメリカの医療保障制度

<目次>

| | |
|---|----|
| 1. 医療保障制度の概要 | 1 |
| 2. メディケア | 3 |
| (1) パートA:病院保険 (Hospital Insurance: HI) | 4 |
| (2) パートB:補足的医療保険 (Supplementary Medical Insurance: SMI) | 6 |
| (3) パートC:メディケア・アドバンテージ (Medicare Advantage) (任意加入) | 7 |
| (4) パートD:処方薬給付 (Prescription Drug Benefits) | 7 |
| (5) 州による独自の医療保障制度 –マサチューセッツ州の場合 | 8 |
| (6) メディケアの現状 | 9 |
| 3. メディケイド | 12 |
| (1) メディケイドの概要 | 12 |
| (2) 受給資格 | 14 |
| (3) 給付状況 | 15 |
| (4) ミーンズテスト –フロリダ州の場合 | 17 |
| 4. 民間医療保険 | 20 |
| (1) 伝統的プラン:実費給付プラン (Indemnity Plan) | 20 |
| (2) マネージド・ケア:管理型医療 | 20 |
| (3) その他の民間保険 | 22 |
| 5. 医療費の現状 | 25 |
| (1) 医療コスト (National Health Expenditure) の推移 | 25 |
| (2) 医療保険の財源問題 | 27 |

III アメリカの医療保障制度

1. 医療保障制度の概要

アメリカには全国民を対象とする公的医療保障制度はなく、対象者が限定的な公的医療保険と民間の医療保険とが混在する。公的な医療保険は、公的年金受給者や身体障害者を対象とするメディケア（Medicare：連邦政府による運営）と、低所得者を対象とするメディケイド（Medicaid：州政府による運営）がある。また、民間医療保険は、企業が雇用者の保険の一部あるいは全てを負担する「雇用主提供医療保険（employer sponsored health coverage）」と、自営業や自由業の人や雇用先が保険に加入していない場合に個人で加入する医療保険とに分かれる。また、民間医療保険は、出来高払いとなる実費給付プラン（Indemnity Plan）と管理型医療（Managed Care）に分かれる（詳細は後述）。

2009年の医療保険加入者数は、民間医療保険加入者が201.94百万人（全人口比67.5%）、そのうち雇用主提供医療保険¹加入者は177.45百万人（同比59.3%）、個人保険加入者が24.55百万人（同比8.9%）となっている。また、メディケア受給者は41.38百万人（同比13.8%）、メディケイド受給者は39.55百万人（同比13.2%）で、複数の医療保険に重複して加入するケースも多い。

一方、無保険者は45.66百万人（同比15.3%）程度存在し、アメリカにおける重大な政策課題となっている。65歳以上高齢者の医療保険加入（受給）状況をみると、全年齢に比べて無保険者の割合が低く65歳以上高齢者の1.9%にとどまる。これは、65歳以上になるとメディケアに加入する割合が増えるためである。

¹ 雇用主が提供する団体医療保険。アメリカでは、雇用主が民間医療保険を活用したり、自社基金を設けたりしながらの医療保障が、医療保障システムの中核を担っている。

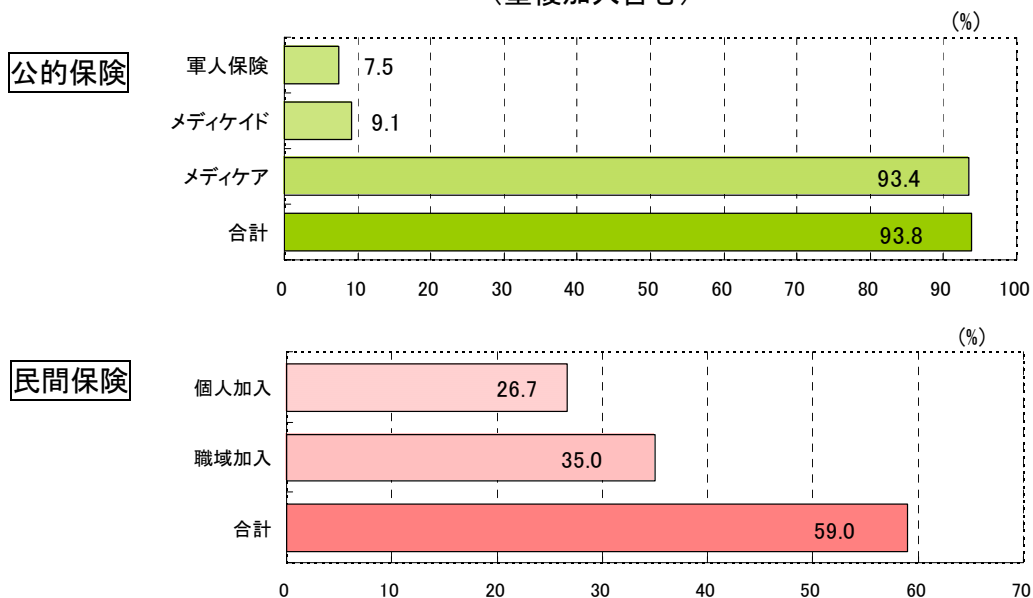
アメリカの医療保険加入(受給)状況(2009年)
(単位:千人、重複加入含む)

| | 全年齢 | | 65歳以上 | |
|---------|---------|-------|--------|-------|
| | 人数 | 割合(%) | 人数 | 割合(%) |
| 民間医療保険 | 201,941 | 67.5 | 21,206 | 57.6 |
| うち雇用主提供 | 177,446 | 59.3 | 12,558 | 34.1 |
| うち直接加入 | 24,545 | 8.2 | 8,648 | 23.5 |
| メディケア | 41,375 | 13.8 | 34,278 | 93.2 |
| メディケイド | 39,554 | 13.2 | 3,263 | 8.9 |
| 無保険 | 45,657 | 15.3 | 686 | 1.9 |

出典: Current Population Reports

65歳以上高齢者の公的保険と民間保険の加入(受給)状況をみると、なんらかの公的保険への合計加入率は93.8%で、メディケア加入率が93.4%、メディケイド加入率が9.1%、軍人保険が7.5%となっている。一方、なんらかの民間保険への合計加入率は59.0%で、職域加入(雇用主提供保険)が35.0%、個人加入が26.7%となっている。

65歳以上の高齢者の医療保険加入状況
(重複加入含む)



出典: A Profile of Older Americans, 2009

2. メディケア

メディケアは 1965 年に開始された連邦政府の公的医療保障制度であり、65 歳以上の公的年金受給者や身体障害者等を対象に運営されている。メディケアの提供内容は、民間事業者が提供するプランを含めて、A～D の 4 つのプランがある。

メディケア導入当初は、「パート A」と呼ばれる病院保険と、「パート B」と呼ばれる補足的医療保険の 2 つから成っていたが、その後メディケアの認可を受けた民間保険会社が「パート C」または「メディケア・アドバンテージプラン」と呼ばれるプランを販売。次いで 2006 年にはメディケアの認可を受けた民間保険会社や NPO が「パート D」と呼ばれる処方箋薬の費用を保障するプランが登場した。

これらのプランのうち、パート A がメディケアの基本となり、本人もしくは配偶者が米国内で 10 年以上就労し、メディケア税²を納めている場合、月額保険料無料で加入することができる。しかし、それ以外はすべて任意保険で、加入者が自分の健康状態や経済状態に合わせて組み合わせることができる。また、パート A に加入していなければ、パート B、C、D のいずれにも加入することができない。

² メディケア税はもともと、連邦保険拠出法 (Federal Insurance Contributions Act: FICA) という法律の元に定められた税金で、社会保障システム (Social Security System) の運営のために徴収されている。社会保障システムには「連邦年金 (Social Security, OASDI と呼ばれることもある)」と「メディケア」の 2 つがあり、税金の徴収の際には「社会保障税: Social Security Tax」「メディケア税: Medicare Tax」と分けられることもあれば、FICA 税としてまとめて徴収されることもある。社会保障税もメディケア税も、共に米国内での 10 年間の就労を要する。また、これらは共に「社会保障システム」のための税金のため、報告書や論文などで両者を混同した表記が見られることに注意したい。なお、本レポートではあきらかに「メディケア税」であるものはそのように表記し、出典元を探っても社会保障税かメディケア税かが不明のものは、原文に忠実に翻訳した。

メディケア加入の組み合わせ(例)

| | 基本プラン | 任意加入 | 任意加入 | 任意加入 |
|-------------------------------|------------------------|--|-----------------|----------|
| | パート A | パート B | パート C | パート D |
| | (病院保険) | (補足的医療保険) | (メディケア・アドバンテージ) | (処方箋薬給付) |
| 月額保険費 | 0 ドルもしくは 254～461 ドル | 96.40 ドル もしくは 110.50～ 353.60 ドル | プランによる | プランによる |
| 希望する保障 | | | | |
| 入院 | 加入 | X | X | X |
| 入院+外来診療 | 加入 | 加入 | X | X |
| 入院+外来診療 +処方箋薬 | 加入 | 加入 | X | 加入 |
| 入院と外来診療の 保障範囲を広げる | (パート C を通じて加入) | | 加入 | X |
| 入院と外来診療の 保障範囲を広げる +処方箋薬 | (パート C を通じて加入) | | 加入 | 加入 |

資料：ニッセイ基礎研究所作成

それぞれのプランには給付期間や利用額等の制限があり、長期にわたる治療や療養が必要な場合にはメディケアだけで対応することができない。このような場合は、自己負担や民間医療保険等を使うことになるが、資産を使い尽くし、自己負担が困難になると、後述のメディケイドによって保障される仕組みになっている。

(1) パート A：病院保険 (Hospital Insurance: H I)

①目的

主に入院や介護施設でのケアを保障するプランで、メディケアの基本を成す。最低 10 年間のメディケア税を支払うことで、本人ならびに配偶者に受給資格が与えられる³。

³ 本人もしくは配偶者のメディケア税の納付が 10 年に満たない場合、月額保険料を支払うことでパート A に加入できる。2010 年度は、納付期間が 7.5 年以上 10 年未満の者は 1 人当たり 254 ドル、7.5 年未満の者は 461 ドルである。

②対象

65歳以上の公的年金受給者、鉄道従業員退職者制度に基づく65歳以上の年金受給者、継続して29ヶ月以上の障害年金受給者、腎臓透析又は腎臓移植を必要とする慢性腎臓病に罹患している公的年金受給者が対象となる。

③給付内容

給付内容は、入院医療サービス（セミプライベートルーム・食事・看護・ICUやCCU等の利用、入院中の薬剤・輸血・生化学検査・X線等の放射線検査(治療)、理学療法・作業療法・言語療法等のリハビリテーション等）、退院患者に対する高度看護施設（Skilled Nursing Facility）での看護サービス（Skilled Nursing Care）、在宅医療サービス（home health care、専門的看護、理学療法、言語療法、作業療法）、ホスピス・ケア等に適応される。

④給付期間と患者負担（2010年度）⁴

入院の場合、1～60日目までは全額保障され、1日当たり61日目から90日目までの自己負担は275ドル、91日目から150日目までの自己負担は550ドルとなっている。また、150日を超えると全額自己負担となる。

ナーシングホームへの入居の場合、1～20日目までは全額保障され、21日目から100日目までは1日当たり137.5ドルの自己負担となっており、101日目からは全額自己負担である。また、これとは別に、年度内で初めて入院をした際、ディダクタブル（Deductible）とよばれる支払金がある。2010年度の場合、1,100ドルで、この金額を払って初めてパートAの保障が給付される。

⑤財源

財源は社会保障税（税率は給与所得等の2.9%。被用者と使用者は労使折半、自営業者は全額。）が主体（85%）となっており、病院保険信託基金（Hospital Insurance Trust Fund）が管理している。受給資格として、本人または配偶者による10年以上のメディケア税の納付が必要とされ、未納の場合には保険料の納付が必要となる。米国議会予算局（Congressional Budget Office：CBO）⁵の推計⁶によれば、2008年度の給付額は2,233億ドル（2010年度の推定財源は2,370億ドル）となっている。なお、65歳以上には保険料の負担はないが、費用の一

⁴（出典）Medicare & You 2010

⁵「米国議会予算局」と訳され、議会独自の財政、経済情報源として穂先機関としての役割を果たす。

⁶（出典）Medicare Baseline: Fact Sheet March 2008

部負担が発生する。

(2) パート B : 補足的医療保険 (Supplementary Medical Insurance: SMI)

①目的

主に外来での診療費等をカバーする。

②対象

パート A の加入者が対象となっている。加入は任意であるが、現在アメリカでは、公的年金を受けている高齢者のほとんどが、パート A とパート B の両方に加入している。

③給付内容

医師等による医療サービス、病院外来サービス、在宅医療サービス等に適用される。また、アメリカでは予防医療に力を入れており、ガン検診や糖尿病検診などもパート B が保障している。

④患者負担

月額保険料 (2010 年度) は以下である。他に医療機関からの請求額のうち、メディケアの認可している診療・治療の 20% が患者負担となるほか、毎年初回の医療サービス受診時に自己負担として 155 ドル (2010 年) を併せて支払わなければならない。

メディケアパート B 月額保険料(2010 年度)

| 2008 年の年収 | | |
|--------------------|--------------------|-----------------------|
| 個人 | 夫婦 | 月額保険料 (1 人当たり) |
| 85,000 ドル以下 | 170,000 ドル以下 | 96.40 ドル ⁷ |
| 85,001—107,000 ドル | 214,001—214,000 ドル | 154.70 ドル |
| 107,001—160,000 ドル | 214,001—320,000 ドル | 221.00 ドル |
| 160,001—214,000 ドル | 320,001—428,000 ドル | 287.30 ドル |
| 214,000 ドル以上 | 428,000 ドル以上 | 353.60 ドル |

(出典) Medicare ホームページ

⁷ ただし、ソーシャルセキュリティを受け取っていない者や 2010 年 1 月以降の加入者は月額 110.50 ドル。

⑤財源

加入者が負担する保険料収入(予算全体の25%、2009年:1人当たり月額96.40ドル)と連邦政府の一般財源(予算全体の75%)が当てられており、補足的医療保険信託基金(Supplementary Medical Insurance Trust Fund)が管理している。CBOの推計によれば、2008年度の給付額は1,869億ドル(2010年度の推定財源は1,960億ドル)となっている。

(3) パートC：メディケア・アドバンテージ (Medicare Advantage) (任意加入)

①目的

パートA・Bと同等以上の給付を条件に、政府に代わって民間保険会社がプランを提供する任意加入制度である。1997年の予算均衡法(BBA)によって1998年から導入されている。

②対象

パートAとパートBの双方の加入者が対象となっている。

③給付内容

パートA・Bと同等以上の給付となっているが、給付内容は医療保険会社のプランにより異なる。

④財源

民間保険会社の保険料収入と、病院保険信託基金・補足的医療保険信託基金から民間保険会社へ支払われる加入者1人ずつへの定額報酬からなっている。

(4) パートD：処方薬給付 (Prescription Drug Benefits)

①目的

2006年から導入された処方薬剤給付保険で、任意加入制度である。メディケアの認可を受け、民間保険会社やNPOなどがプランを提供している。医師から処方される薬剤の費用を保障する。

②対象

パートAまたはパートBの加入者が対象となっている。

③患者負担

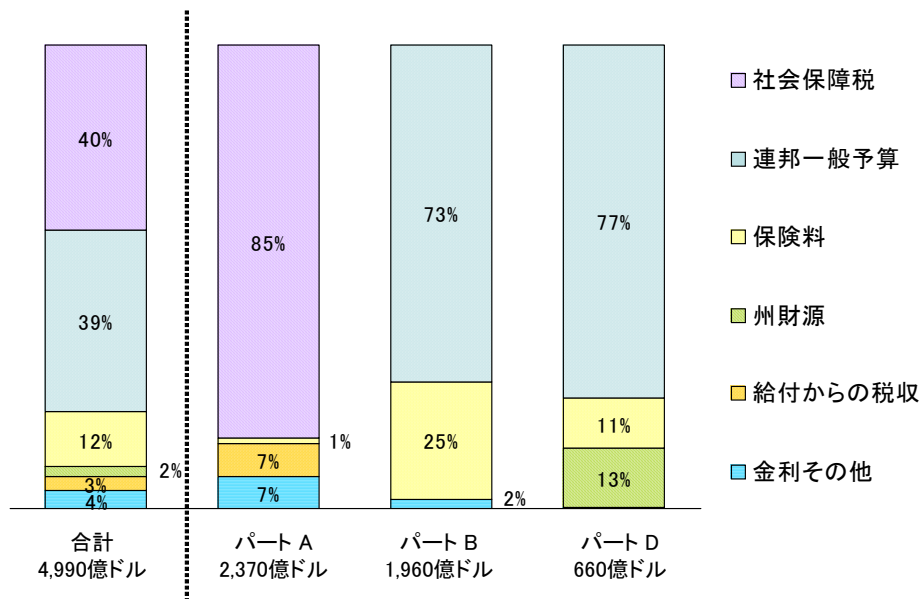
加入している各保険会社、プランによって月額保険料や自己負担率(額)が異

なる。

④財源

加入者が負担する保険料収入（11%）、連邦政府の一般財源（77%）、及び州政府からの支出（13%）がメインの財源である。補足的医療保険信託基金（パート B とは別口座）が管理している。CBO の推計によれば、2008 年度の給付額は 437 億ドル（2010 年度の推定財源は 660 億ドル）となっている。

メディケアの財源(推定) (2010年)



出典: 2009 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds.

(5) 州による独自の医療保障制度—マサチューセッツ州の場合

アメリカでは国民皆医療保険制度がないものの、一部の州では州住民の皆医療保険に取り組んでいる。例えば、マサチューセッツ州では、2006 年 4 月に医療アクセス法が成立し、住民の皆医療保障のため下記の各種政策が実行されている。

- ①18 才以上の住民に対して、民間医療保険への加入を義務付けている。
- ②所得が連邦貧困ガイドラインの 300%⁸以下の無保険者に対し、補助金を支給する。
- ③医療保険未加入者に対する民間保険斡旋組織「コネクター」を設立している。

⁸ 米国では「連邦貧困水準 (Federal Poverty Thresholds)」と「連邦貧困ガイドライン (Federal Poverty Guidelines)」の 2 種類の指標が用いられており、「連邦貧困水準」は主に統計上の目的で、「連邦貧困ガイドライン」は連邦政府の福祉プログラムへの申請要件の審査用として用いられている。詳細は米国保健福祉省のウェブサイトを参照のこと (<http://aspe.hhs.gov/poverty/faq.shtml#differences>)

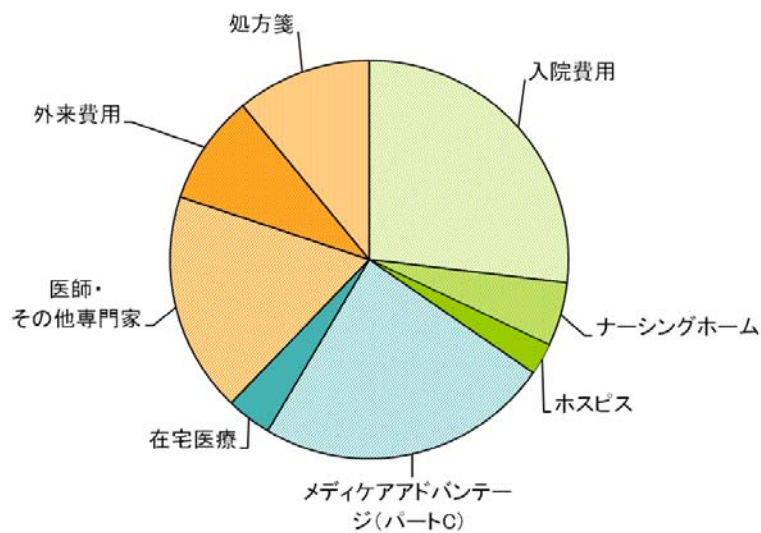
④被用者 11 人以上を雇用する事業主に対し、被用者向け医療保険提供を義務付け（もしくは、被用者 1 人につき年間 295ドルの拠出金の負担を義務付け）ている。

(6) メディケアの現状

①給付額の内訳

入院費用や外来・医師への費用等、メディケアパート A、パート B が保障する範囲の支払いが全体の 89%を占め（パート C 含む）、また、パート D を通じた処方箋薬の支払いが 11%を占めている。ナーシングホームや在宅医療への給付は限定的であるため、割合が小さい（ナーシングホーム 5%、在宅医療 4%）。

メディケアの支出内訳（2009 年）



受給総額 : 504 億ドル

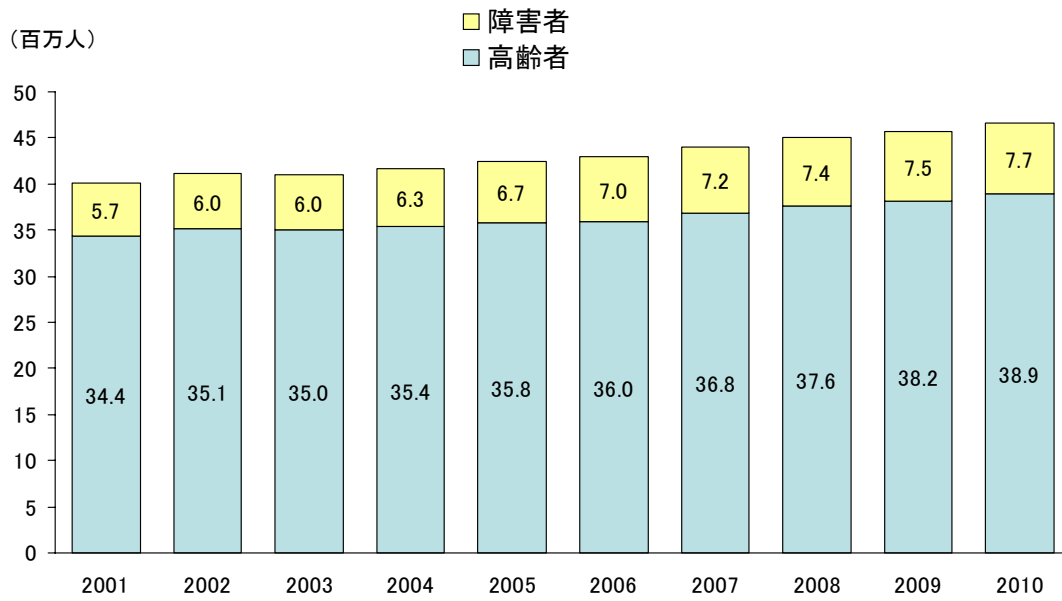
注: 事務コストは含まず

出典: Medicare Baseline, March 2009.

②受給者の状況

1966 年 7 月にメディケアがスタートした当初は、受給者は 19 百万人であったが、2008 年になると 45 百万人がパート A とパート B の双方、もしくはどちらかに加入している。また、そのうちの 9 百万人がパート D の受給者となっているなど、メディケアは急激に規模を拡大し、なお、受給者の 8 割が高齢者という状況が続いている。

メディケア受給者別推移(2001～2010年)



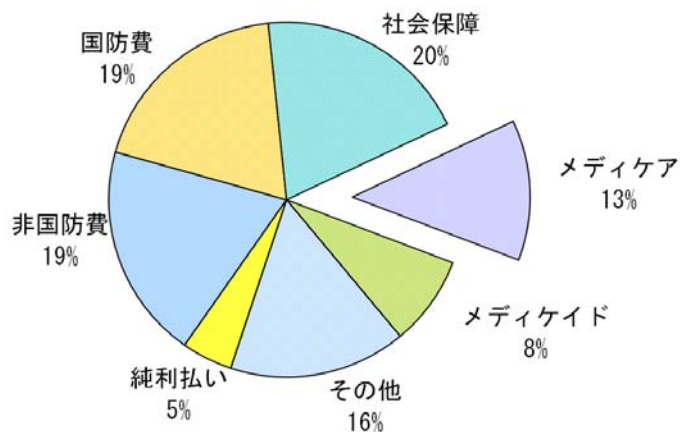
出典: Kaiser Family Foundation

③支出額

高齢化の進展に伴う加入者数の増加と医療技術の進歩等を背景に、一人当たりの受給額が年々増加しており、メディケアの支出額は4,840億ドル（事務コスト除く）と、2010年の連邦総支出の13%を占めるまでに膨れ上がっている。

また、アメリカの医療コストの内訳を見ると、メディケアは全体の2割を占め、同じく2割弱を占めるメディケイドと合わせると、公的保障が全体の約4割を占めている。

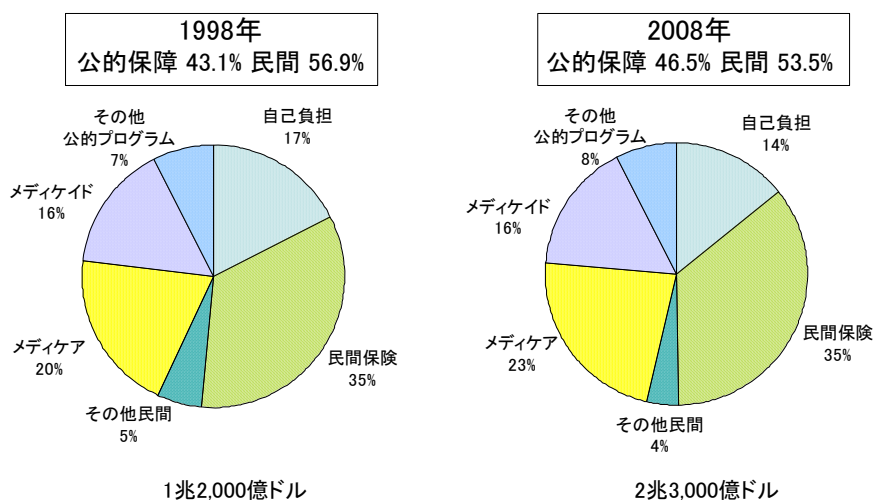
連邦支出に占めるメディケア（2010年度）



2010年度 全支出：3兆5,000億ドル

出典: The Office of Management and Budget

医療コストの負担内訳（1998年 2008年）



出典: Kaiser Family Foundation

④給付額の見通し

メディケアの一人当たり給付額について期間別増加率を見ると、法改正のあった1997年に一時的に給付額が減少しているものの、医療技術の進歩等に伴い、以降は再び増加傾向となっている。これは、民間保険も同様の状況である。

メディケア受給者1人当たり給付額の期間増加率

| | メディケア | 民間保険 |
|------------|-------|-------|
| 1970-1993年 | 11.0% | 12.8% |
| 1993-1997年 | 7.3% | 4.4% |
| 1997-1999年 | ▲0.3% | 5.8% |
| 1999-2002年 | 6.4% | 9.7% |
| 2002-2008年 | 6.9% | 5.4% |

(出典) Medicare Baseline: Fact Sheet March 2008

3. メディケイド

(1) メディケイドの概要

メディケイドは、1965年に制度化された医療保障制度で、主に低所得者への医療サービスの提供を目的にしている。ミーンズテスト⁹を実施した上で、一定の要件を満たした低所得者を給付の対象とし、連邦政府のガイドラインの下に、各州政府が独自のプログラムで運営する。給付の要件や内容は州が定めるが、連邦政府(医療保険財政庁：HCFA)は給付要件等に一定のガイドラインを設けて各州の財政状況に応じた補助金を交付(マッチング拠出)している。

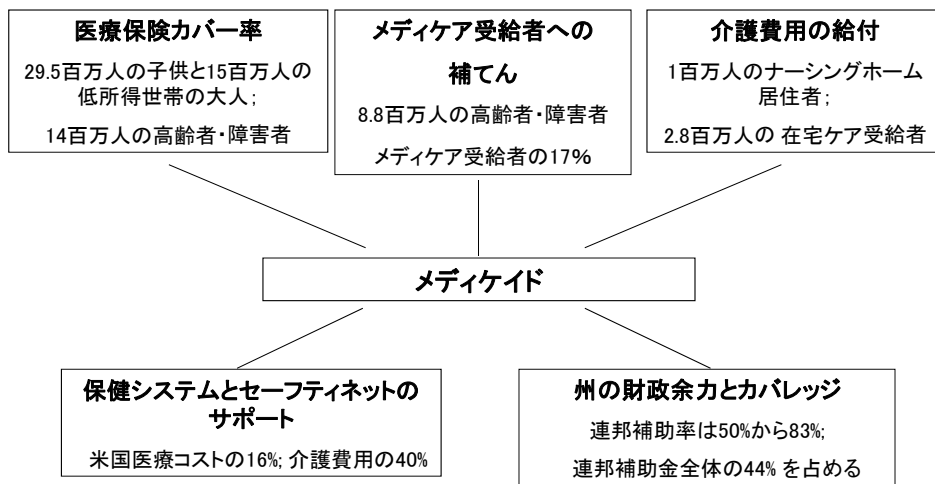
メディケイドの財源は、州政府及び連邦政府の補助金から成り立っている。メディケイド費用に占める連邦政府の補助金割合(連邦医療補助比率(Federal Medical Assistance Percentage：FMAP))は、50～83%(平均約57%)の範囲で各州の一人当たり平均所得を全国平均と比較して算定される。

メディケアとメディケイドの受給が重複する場合には、まずメディケアから医療

⁹ 所得と財産保有の状況等の調査。給付等を実施する際に行われる資力調査。

費が支払われ、続いてメディケイドから自己負担分等が支払われる仕組みである。メディケイドは、低所得者に対する基本的な医療サービスを提供するセーフティネットを意図した制度であるが、現在では、介護サービスに関する公的財源の中心となっている。特にナーシングホームにおける介護費用は、公的財源部分の多くがこのメディケイドで補われている。この他に、一定の在宅サービスについても給付の対象となるが、その内容は州によって異なる。

メディケイド



出典: Kaiser Family Foundation

(2) 受給資格

メディケイドの受給資格は、「世帯的にニーズのある集団 (Categorically Needy)」と「医学的にニーズのある集団 (Medically Needy)」に分かれる。

前者は、他の社会保障プログラムの受給者であることによって自動的に受給資格が生じた者であり、後者は、「Categorically Needy」に該当しないものの、医療費や介護費の費用負担が困難と認められた人が対象となる。また、既述の連邦政府のマッチング拠出が認められるケースは、以下の通りである。

①世帯的にニーズのある集団

- ・ 子供のいる低所得世帯で、AFDC (子どものいる家庭向けの助成金)の受給者
- ・ 高齢者や障害者等で、補足的保障所得(SSI)の受給者
- ・ 連邦貧困ガイドライン 133%以下の世帯に属する妊産婦と 6 歳以下の子供

②医学的にニーズのある集団

- ・ ナーシングホーム入居者等で、当該費用が本人の月間所得を上回り、かつ保有資産も使い切っていて支払いが困難となっている者

施設入居費用が高額な上にメディケアからの給付が限定的なアメリカでは、長期間にわたって要介護状態になると、個人が保有する資産のほとんどを介護費用に使いつ果たしてしまうケースも多い。

メディケイドの受給資格を得るためには、ミーンズテストを受け、各州で定める要件を満たしていることを証明する必要がある。メディケイドの受給者が少額でも所得のある場合は、個人的なニーズに費やす額(月額 35 ドルから 70 ドル：州によって異なる)を除き、その全てをサービス費用としてナーシングホーム、あるいは在宅サービス事業者に支払わなければならない。また、配偶者の所得や保有する資産についても厳しい制限が課される。

メディケイドの受給者になるということは、経済的な「自立」を失うことを意味するため、一般のアメリカ国民にとってメディケイドは「最後の手段」と捉えられている。実際にメディケイドを受給するための所得要件を見ると、子供が対象の場合は連邦貧困ガイドラインの 200%でも認められているが、非勤労世帯では 41% になっている州もあるほど、貧困ガイドラインを大きく下回らないと認められていないのが現状である。

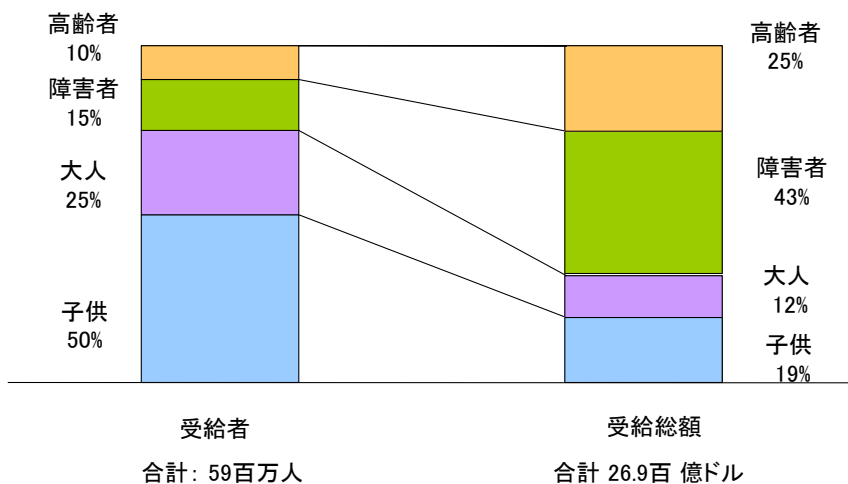
(3) 給付状況

メディケイドの基本給付には、入院サービス・外来サービス・医師の診療・生化学検査・X線検査、SNF（ナーシングホームの一部）でのケア（対象は21歳以上）、在宅ケアなどがある。医師の診療は、病院、診療所、SNF、在宅等、診療場所を問わず、各州の裁量により、処方薬・眼鏡・リハビリテーション・移送サービス・ホスピスケアなどの給付が行われることがある。

厳しいミーンズテストを経てメディケイドを受給する者の内訳は、子供が50%で最も多く、高齢者は10%となっている。しかし、給付額の内訳で見ると、高齢者（25%）と障害者（43%）の割合が高い（2006年）。

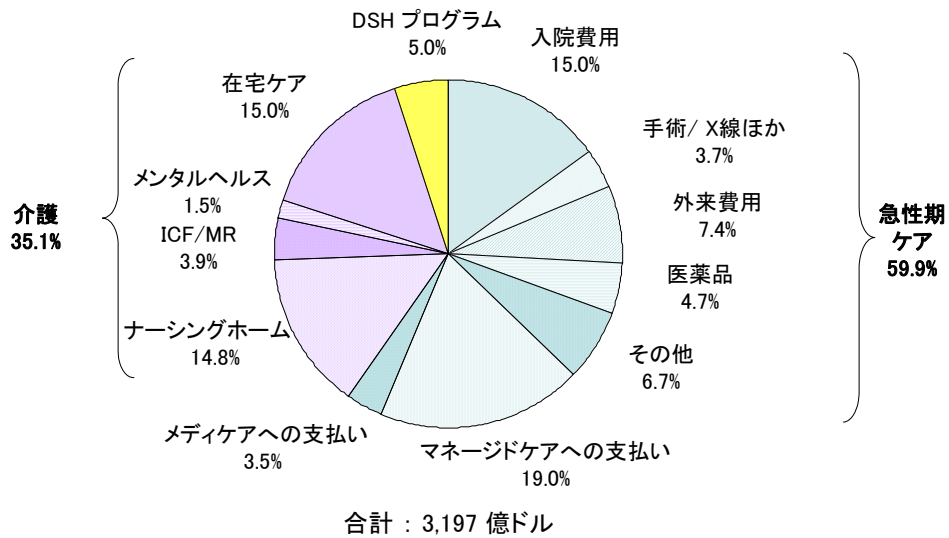
また、給付総額のサービス内訳を見ると、急性期ケアの割合が全体の約6割となっているものの介護関係の費用も多く、全体の35.1%を占めている。中でも、ナーシングホーム（14.8%）や在宅医療（15.0%）の費用の割合が高くなっている（2007年）。

メディケイドの受給者と受給額の内訳（2006年）



出典: Kaiser Family Foundation

メディケイドの給付内訳（2007年）

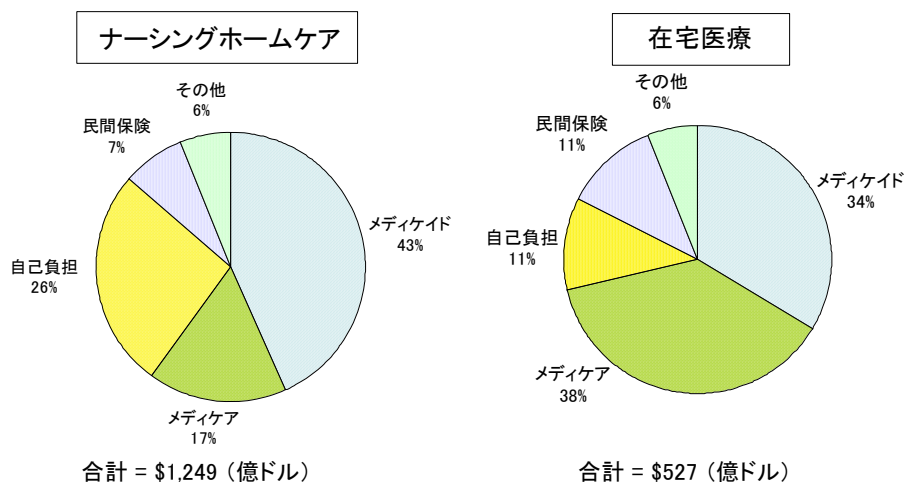


出典: Kaiser Family Foundation

ナーシングホームケアと在宅医療の費用負担の内訳を見ると、ナーシングホームでは、費用の43%をメディケイドが占めており、在宅医療についても34%を占めている。公的扶助制度であるメディケイドが、介護サービスの主軸を担っている点は、わが国と大きく異なる点であるといえる。

また、医療のセーフティネットとしてメディケイドを見た場合にも、公立病院の歳入の 35%をメディケイドが占め、連邦政府認可のヘルスセンター（FQHC）の歳入でも 37%を占めるなど、メディケイドの存在は大きいものとなっている。

ナーシングホームケアと在宅医療の費用負担（2006年）



出典: Kaiser Family Foundation

(4) ミーンズテストフロリダ州の場合

①本人所得の取扱い

公的年金や金利所得などの所得の全ては、その源泉や受取時期に関わりなく介護にかかる費用への支払い可能な資産とみなされる。ただし、個人的なニーズを満たすための手当(月額 35 ドル)と、本人のメディケアのパート B にかかる保険料は手元に残すことができる。

多くの州では、いわゆる「使い果たし(Spenddown)」制度をとっており、本人の月間所得は、上記の手当て等を除いた全てがナーシングホームに支払われることとなる。したがって、メディケイドの負担する部分は、ナーシングホームの費用(ただし、各州が定める償還上限額の範囲内)から本人が支払う月間所得額との差額となる。

フロリダ州ではさらに厳しい基準(Income cap)を設けており、本人の月間所得が基準額(2009年: 2,022 ドル)を超える場合には、仮にナーシングホームの費用が本人の月間所得を超える場合であっても、メディケイドの対象から除外している。

②配偶者の所得の取扱い

ナーシングホームに入居する際の受給資格判定においては、配偶者名義の所得は算定の対象から除かれる。また、配偶者の月間所得が月間最低必要手当 (Minimum Monthly Maintenance Needs Allowance : MMMNA、2009年 : 1,822 ~ 2,739 ドル) を上回る場合には、本人の所得を配偶者の生活費に回すことは認められない。しかし、配偶者の月間所得が月間最低必要手当を下回る場合には、ナーシングホームに本人 (入居者) の所得を差額分までを充当できるよう申請することができる。

③本人名義の資産の取扱い

メディケイドでは、本人名義の資産について、算定対象の資産と、算定対象外資産に分類して受給可否を決定している。例えば、フロリダ州では、本人名義の算定対象資産が 2,000 ドルを超える場合 (月間所得が 808 ドル未満の場合は 5,000 ドル) は受給が認められない。

算定対象になる資産とは、本人への介護サービス等に対する支払いが可能と判定される資産であり、メディケイドを受給するためには、これらの資産を基準額になるまで使い果たしていることが必要である。なお、資産隠しのための見せかけの譲渡等が行われた場合には、その資産額や時期等に応じて、メディケイドの給付時期を一定期間停止するような措置もとられている。

④配偶者名義の資産の取扱い

メディケイドの受給をするためには、配偶者名義の資産についても算定対象の資産としてみなされ、配偶者に保有が認められている金額を除いた全ての資産を、ナーシングホームに入居する配偶者への介護費用支払い可能額として取り扱われることとなる。

配偶者に保有が認められる資産は 109,560 ドル (2009年) で、これを上回る資産を保有しているうちは、メディケイドの受給資格を得ることはできない。

⑤メディケイドの算定から除外される資産の例

| | |
|----------------------------------|---|
| 家 | 配偶者が自宅として居住している場合は対象から除かれる。また、単身の場合であっても、配偶者が将来戻ってくる意思がある場合には除外される。 |
| 自動車 | 2台目までは対象外。 |
| 家財 | 家財は対象外。但し、宝飾品等は対象となる。 |
| 個人年金（IRA）・ 401k ¹⁰ | 通常の保有の場合は対象外。 |
| 生命保険 | 定期生命保険は対象外となるが、終身保険の現在価値は対象となる。ただし、死亡保障が2,500ドル以下の保険については対象外。 |

¹⁰ 個人向け年金の1つ。詳細は「Ⅱ アメリカの年金制度」を参照のこと。

4. 民間医療保険

アメリカの民間医療保険は、雇用と結びついた団体保険（雇用者提供医療保険）が多く、雇用主と民間医療保険との契約に基づいて従業員及びその家族に医療保障を適用するのが一般的である。このため、従業員が退職したり離婚したりした場合には、本人や配偶者は団体保険の資格を喪失し、個人で保険に加入することになる。障害を伴う疾病にかかった場合、例えばアルツハイマー病やパーキンソン病で徐々に障害を持つようになった場合も、職と共に団体保険による保障を失うことになる。

連邦法の改正(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act、1986年7月成立)により、離職後18ヶ月間は、元の団体保険の適用を受けられるようになったが、継続するために必要となる費用が高額(年1,000～2,000ドル)となるため、引き続き個人的に加入する者は限られている。

また、通常、民間保険は急性期医療にしか適用されず、在宅ケアまでカバーすることはない。在宅ケアで保険が適用されるのは専門的看護や治療のみに限定されるため、長期にわたって介護が必要とされる者にとっては厳しい現状となっている。

現在販売されている医療保険プランを大別すると、以下の伝統的プランと4つのマネージド・ケアのプランに分類される。各保険プランは、病院や医院の利用範囲、保険料、自己負担割合などの点で一長一短があるため、加入者は必要に応じて選択している。

(1) 伝統的プラン：実費給付プラン (Indemnity Plan)

実費給付プランは、保険会社の伝統的なプランで、通常、団体保険の場合は従業員3名以上から加入ができる。このプランでは、加入者(家族を含む)が全米のどこの医院や病院でも診療が受けられる。実際にかかった医療費を加入者がその場で立て替え、後日保険会社に対し給付請求手続きを行う。保険会社では、請求内容を査定の上、加入者本人(または家族)の負担部分があればその額を控除して給付を行う。

(2) マネージド・ケア：管理型医療

実費給付プランは「損害賠償型」であり、医療サービス提供側(医師・病院など)の自由裁量によって行われた医療行為について「出来高払い(fee for service)」の支払いをする。これに対して、マネージド・ケアは、医療コストを削減することを目

的に、不必要な医療行為が行われることのないよう、医療サービス提供側にさまざまな形で制限を加えている。具体的には、以下の4つのタイプに分かれる。

①HMO (Health Maintenance Organization)

HMO は、マネージド・ケアの中でも最も歴史が古く、かつ典型的なものである。一定地域の医師・病院を「グループ」としてまとめ、加入者に対して料金前払い制のもとに医療サービスを提供する。実費給付プランと異なり、自己負担部分がなく、一定の料金を支払うだけで医療サービスが受けられる。しかし、グループに所属している医療機関でのみしか受診や治療が認められていないため、近くに病院があったとしても、グループ内の病院に通わなければならないなどの不便な点も多い。

②PPO (Preferred Provider Organization)

PPO は、主に保険会社が構築・管理している病院や診療所のネットワークであり、アメリカ全土をカバーする。加入者の希望によりネットワーク外の病院・診療所を利用することもできるため、実費給付プランと HMO の中間的存在になっている。ネットワーク内の病院・診療所を利用した場合、保険会社と病院・診療所間の取り決めで、一般より 10~20%低いコストで医療サービスを受けることができ、実費給付プランよりも医療費給付率を高める(自己負担額を軽減する)ことができる。ただし、ネットワーク外の病院・診療所を利用した場合は、実費給付プランと同様の取り扱いとなる。

③POS (Point of Service)

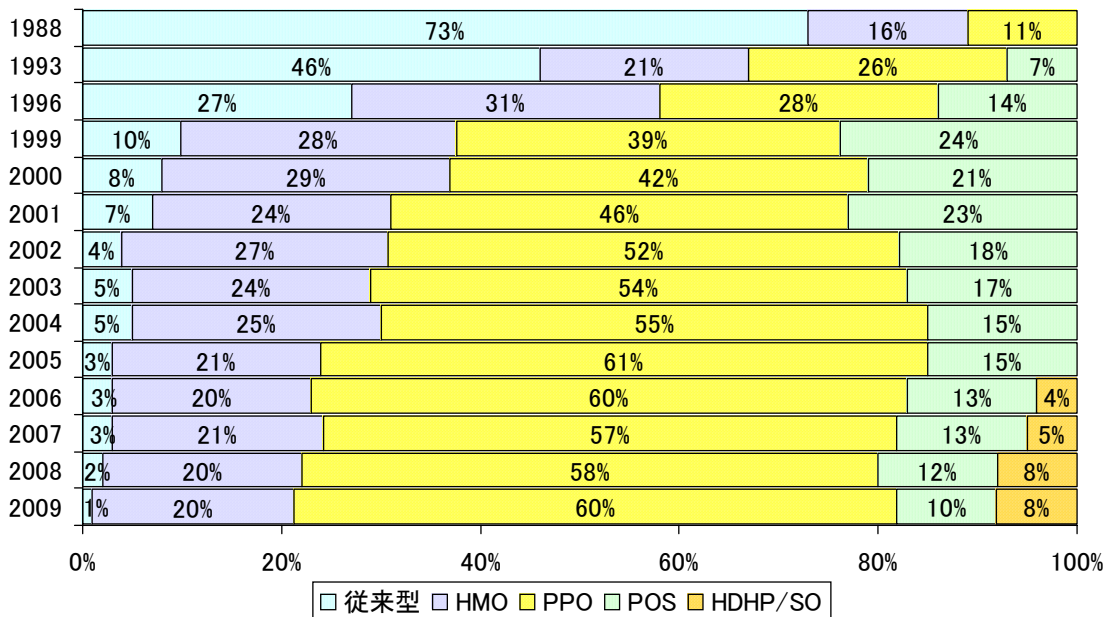
POS は、PPO と異なり、ネットワーク内の医師を利用する場合には、あらかじめプライマリーケア医やファミリー・ドクターを指定することが義務付けられている。通常は、プライマリーケア医かファミリー・ドクターが、ネットワーク内の専門医や入院に際しての病院を紹介する仕組みとなっている。

④HDHP/SO (High Deductible Health Plans associated with a savings option)

2006 年から新たに導入された医療貯蓄勘定付の高免責額医療保険である。従業員への医療費補助を目的とした「医療補償勘定 (HRA)」や「医療貯蓄勘定

（HSA）」を組み合わせている。カイザー家族財団のデータによると、HDHP/SOプランに移行した場合の年間平均保険料は、家族補償で10,121ドルとなり、全プランの平均値（12,680ドル）との比較で約20.2%のコスト削減効果があると指摘される（個人補償で約16.6%の削減効果）。なお、HDHP/SOプランを選択する企業は、近年増加傾向にある。

団体医療保険（雇用者提供医療保険）の加入状況（1988～2009年）
（被用者・退職者）



出典：Kaiser Family Foundation

（3）その他の民間保険

①ブルークロスとブルーシールド (Blue Cross, Blue Shield)

ブルークロスとブルーシールドは、地域別に設立されている非営利団体（民間保険会社も参入）で、ブルークロスは入院費を、ブルーシールドは診療費をカバーする。加入者は、ブルークロスとブルーシールドの組織に加盟している病院や診療所で受診しなければならないが、医療費は病院・診療所とこれらの団体の間で直接清算され、患者は個人負担部分のみを支払う仕組みとなっている。

ブルークロスとブルーシールドは、あらかじめ病院・医師との間で入院費や診療費のガイドラインを取り決めることによりコストを低く抑えるとともに、州保

険料税が免除されていることなどから、民間保険会社と比較すると保険料は安く設定されている。

ブルークロスとブルーシールドは、年齢や病歴の相違を問わず、加入者は同一保険料を支払う仕組みとなっている。但し、営利保険会社の場合、病歴価格決定方式（**Experience Rating**）をとっているため、病歴がなく健康で罹患リスクの少ない者は保険料が安くなる。若年層を中心として、保険料の低さを理由に民間営利保険会社を選ぶことが多くなり、後発であったが保険加入者数が増加している。

②自家保険制度 (Self-Insurance)

企業が民間の医療保険を使わずに、自社で医療保険制度を運営し、かかった医療費の一部または全額を負担する仕組みである。医療費負担の圧縮と軽減を図ることがねらいとなっており、日本の大企業等が導入している組合健保に相当する。

日常の給付支払い事務だけを保険会社やTPA(Third Party Administrator 管理・事務を代行する第三者機関)などの外部へ運営委託する完全な自家保険制度のASOプラン(Administrative Service Only)と、一定限度額までの医療費を自家保険でまかない、その限度額を超過する部分は保険会社が支払い責任を負うという、中間的な自家保険制度のMPプラン(Minimum Premium Plan)とがある。

③メディケア補足保険（メディギャップ保険、Medicare Supplement Insurance・Medigap Insurance）

メディケア補足保険は、別名メディギャップ保険と呼ばれ、メディケアでは対応されない免責額や自己負担分などの費用をカバーする民間保険である。メディケアの給付対象に限定しており(例外は、医療用医薬品、予防給付等)、メディケアの給付対象とならないサービスは除外されている。また、パートC(P5 参照)の自己負担分は、通常メディギャップに加入している場合よりも少ないため、パートC加入者がメディギャップに加入する必要はない。2008年には、メディケア受給者の18%がメディギャップ保険に加入している。

メディギャップ保険では、過去にメディケアと重複する給付を内容とする商品が販売されて消費者から強い批判を浴びたことがあり、その経緯から1990年に

メディケア補足保険標準化法(Medigap、Standardization Law)が制定された。この法律によって、メディケアと重複する給付の設定は禁止され、消費者にとって商品の選択が容易になるように、販売される商品設計は 10 種類 (A～J) に統一された。その後 2003 年のメディケア処方薬・改善・近代化法によって、2005 年には更に 2 種類の商品 (K～L) が追加されて 12 種類となった。

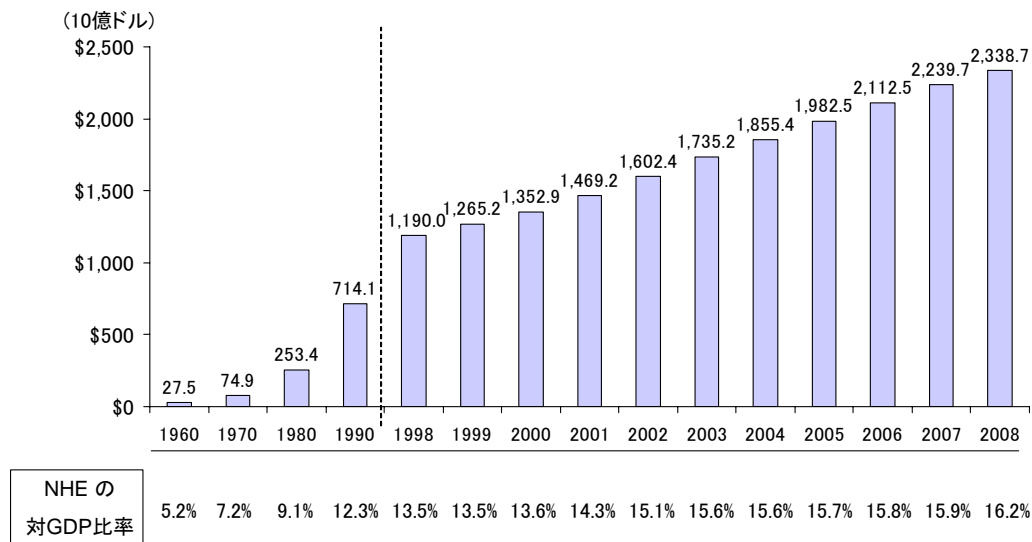
いずれの商品も、パート A (P3 参照) に関しては入院中の一部負担と特別入院日数延長制度が切れた以降の 365 日を限度とする入院費用、パート B (P4 参照) に関しては 20% の一部負担と輸血の自己負担が、基本的給付としてカバーされる。これらの基本的給付の他に、B から L のカテゴリーに属する商品では、それぞれにメディケアを補足する給付が設けられている。メディギャップ保険が給付対象とするのは、あくまでもメディケアがカバーする部分の期間内の自己負担分であり、範囲外 (超過期間等) についてはカバーされない。

5. 医療費の現状

(1) 医療コスト（National Health Expenditure）の推移

高齢化の進展等の影響により、マネージド・ケア¹¹の導入をもってしてもなおアメリカの医療コストの増加が続いている。医療コストの推移を見ると、医師報酬等の増加や最先端医療技術の導入コスト・医薬品開発コスト等により、GDP成長率を上回って推移（最近では約7%前後の伸び率）している。その金額は、1998年の1兆1,900億ドル（対GDP比13.5%）から、2008年には2兆3,387億ドル（同比16.2%）と約2倍にまで膨れ上がっている。

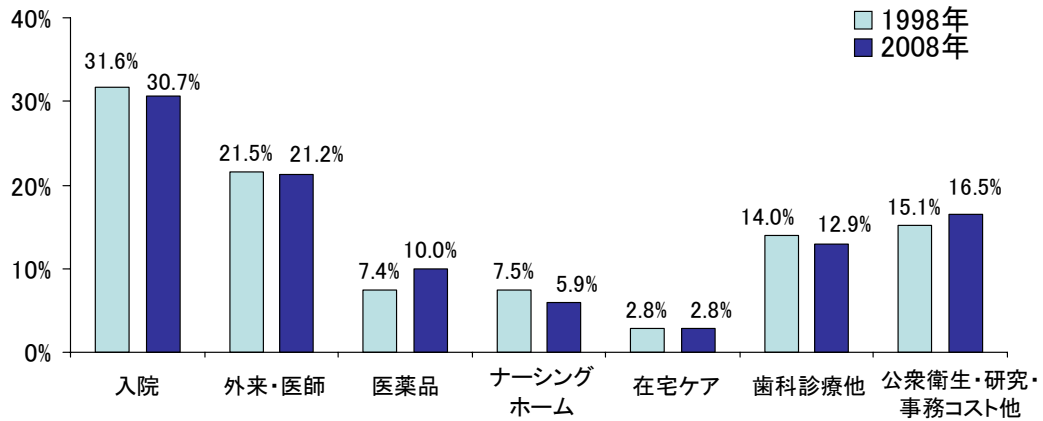
アメリカの医療コスト(NHE)のGDP比の推移（1960～2008年）



出典：Centers for Medicare and Medicaid Services

¹¹ 医療コストを減らすために、医療へのアクセスおよび医療サービスの内容を制限する制度であり、詳細は p20 を参照。

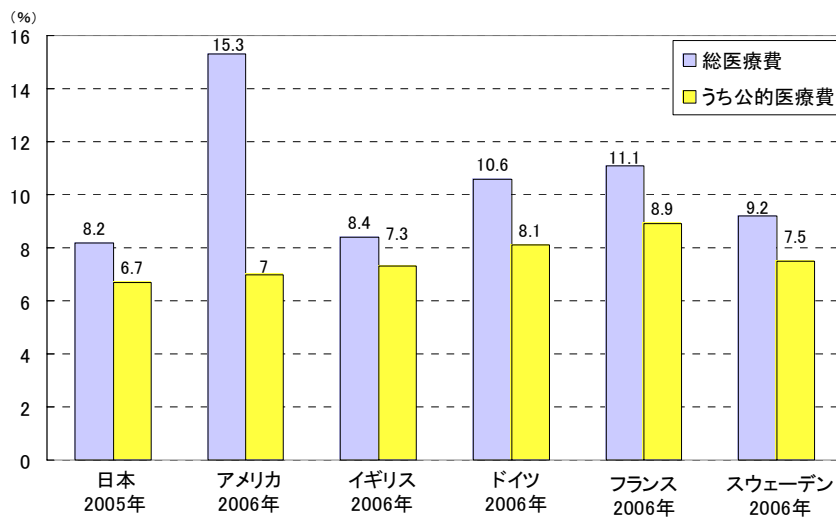
アメリカの医療コスト(NHE)の内訳比較 (1998年と2008年)



出典: Kaiser Family Foundation

このように高い医療コストは、他の先進諸国との対比 (GDP 比) で見ても突出しており、OECD Health Data によると、国民医療費の対 GDP 比率は 15.3% にまで達している。

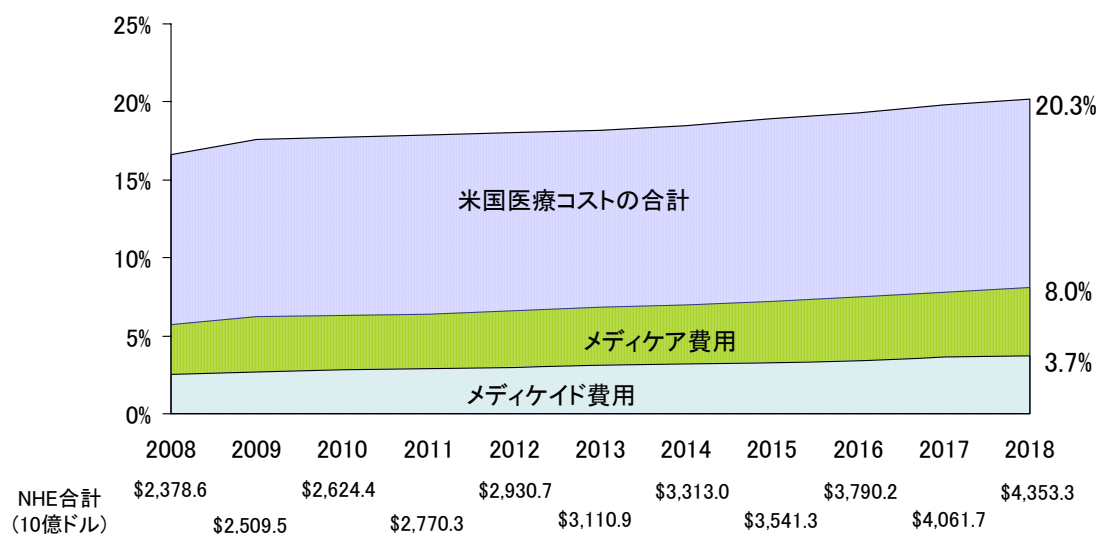
先進主要国における国民医療費対GDP比



出典: OECD Health Data 2009

この状況は将来的にも増加し続け、2018 年には 4 兆 3,532 億ドル (同比 20.3%) になると見込まれている。

医療コスト(NHE)の対GDP比率の見通し



出典: Centers for Medicare and Medicaid

(2) 医療保険の財源問題

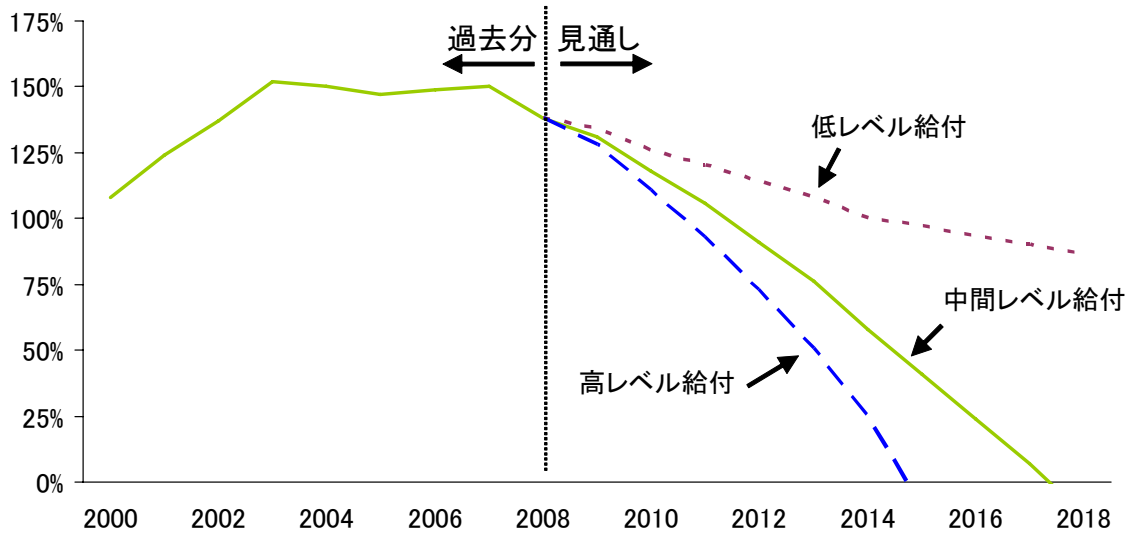
メディケア財源の今後の状況をみると、パートAは、2008年から収支赤字となっており、HI信託基金積立金の取り崩しが必要となるなど、2019年には積立金が枯渇するとの推計も出ている。パートBやパートDについては、翌年度の支出見込み額を賄うことができるように保険料率や各政府の財政負担の水準が決定されるため、比較的収支は安定しており、パートAほどには問題となっていない。

パートAの財源確保に向け、『2008年メディケア信託基金理事会報告書』の中で、中立的な立場からの給付額抑制のための進言として、現在の給付を2分の1にすべきことやメディケア税を上げるべきことなどが示されている。

メディケアパート A (Health Insurance)

HI信託基金の残高見通し (2000~2018年)

年間支出とファンド残高比率:
(%)



出典: Kaiser Family Foundation

HI信託基金の見通し (単位: 10 億ドル)

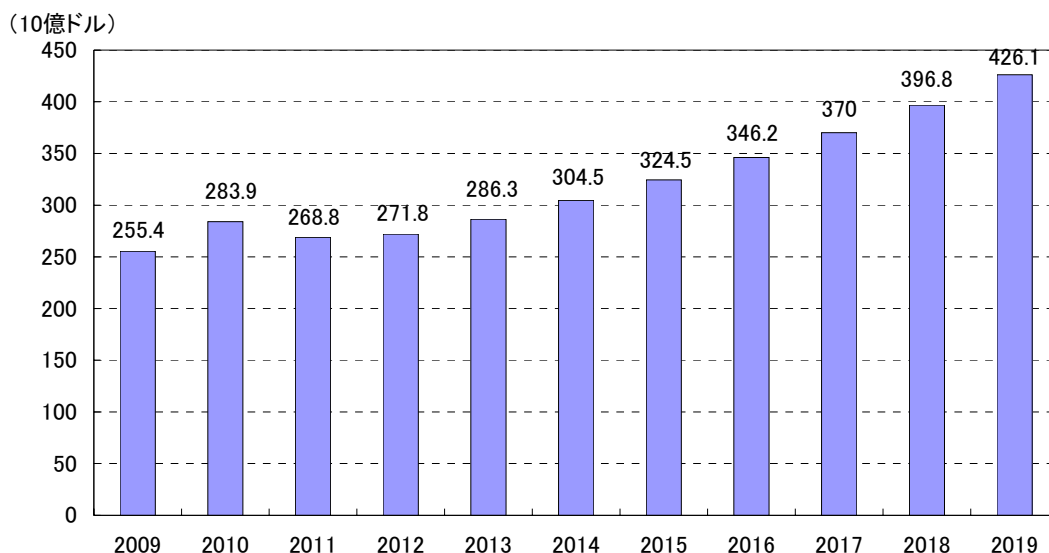
| 暦年 | 収入 | 支出 | 積立金 (年末) |
|--------|-------|-------|----------|
| 2009 年 | 225.1 | 245.6 | 300.8 |
| 2010 年 | 237.1 | 254.2 | 283.7 |
| 2011 年 | 249.4 | 268.8 | 264.3 |
| 2012 年 | 261.8 | 289.1 | 237.0 |
| 2013 年 | 274.8 | 312.9 | 198.9 |
| 2014 年 | 287.4 | 341.9 | 144.4 |
| 2015 年 | 299.9 | 352.7 | 91.6 |
| 2016 年 | 312.0 | 376.5 | 27.1 |
| 2017 年 | 324.6 | 403.1 | ▲ 51.4 |
| 2018 年 | 336.0 | 432.8 | ▲ 148.2 |

出典: 2009 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds

注: 上記グラフの中間レベルでの給付の内訳

人口比 15.3%も存在することや高齢化の進行を鑑み、いかに医療費を適正な水準に抑えるか、さらに無保険者までに医療保障を広げていくべきかという点が、大きな課題となっている。

メディケイド(連邦政府支出分)の将来推計(CBO試算)



出典: Medicaid Baseline

オバマ大統領は、財政の健全性を長期的に保つために、増大するメディケアと社会保障費への対応をアメリカの重点課題として取り上げ、メディケア強化のための包括的な医療制度改革や国民皆保険制度の実現を目指しているところである。2010年度大統領予算教書(概要)においては、医療制度改革に係る8つの原則が提示され、大統領が議会とともに取り組んでいくことを表明した。

<医療制度改革に係る8つの原則>

- ① 家計の経済状態を守る。(Protect Families' Financial Health.)
- ② 医療保険を手頃な価格で入手できるようにする。(Make Health Coverage Affordable.)
- ③ 全国民を保障することを目指す。(Aim for Universality.)
- ④ 医療保険にポータビリティを付与する。(Provide Portability of Coverage.)
- ⑤ 選択を保障する。(Guarantee Choice.)
- ⑥ 予防・健康に投資する。(Invest in Prevention and Wellness.)

- ⑦ 患者の安全・ケアの質を改善する。(Improve Patient Safety and Quality Care.)
- ⑧ 長期的な財政の持続可能性を維持する。(Maintain Long-Term Fiscal Sustainability.)

また、2010年3月に医療制度改革の一環として成立した「医療保険制度改革法案」は、国民に医療保険加入を義務付ける初めての制度であり、国民皆医療保障（保険）制度のないアメリカにとっては歴史的にも意義が大きい。今後10年間で9400億ドルを費やすことで保険加入率を現在の83%から95%に上昇させることを目標としている。一方で、アイダホ州では医療保険改革に反対し、法案が成立した同月に「連邦政府は州民の保険加入義務を強制できない」とする州法が成立¹²するなどの動きもある。

¹² 毎日新聞 2010年3月23日 東京朝刊、検索日：2010年4月18日
(出典) <http://mainichi.jp/select/world/news/20100323ddm003030181000c.html>

<参考文献>

- Current Population Survey*, The U.S. Census Bureau
- A Profile of Older Americans, 2009*. The U.S. Department of Health and Human Services
- A Profile of Older Americans, 2008*. The U.S. Department of Health and Human Services
- Medicare & You 2010*, The Centers for Medicare & Medicaid Services
- Medicare Baseline: Fact Sheet March 2008*, The Congressional Budget Office
- Medicare ChartBook, 2005*, The Henry J. Kaiser Family Foundation
- 2009 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds*, The Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds
- The Kaiser Family Foundation ホームページ (<http://www.kff.org>)
- The Centers for Medicare and Medicaid Services ホームページ (<http://www.cms.gov>)
- Medicaid Baseline: Spending and Enrollment Detail for CBO's March 2009*, The Congressional Budget Office
- OECD Health Data 2009*, The Organization for Economic Co-operation and Development
- Career Guide to Industries, 2010-2011 Edition
- CLAIR REPORT No. 202 米国における高齢者福祉対策* (財)自治体国際化協会,「社会保障年鑑 2009 年版」、健康保険組合連合会編 東京経済新報社
- 世界の厚生労働 2009*、厚生労働省編 TKC 出版
- 海外調査報告書 平成 21 年 6 月*、財政制度等審議会財政制度分科会

<調査協力>

株式会社ニッセイ基礎研究所